Rok XXXII. Kraków, 6. Maja 1893. Nr. 18.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza.

Dermatol w ginekologii i położnictwie.

Podał
Dr. Ludwik Świtalski,
elew kliniki.

Dermatol, połączenie chemiczne otrzymane przez Heinza i Liebrechta, i przez nich jakoteż przez Glasera do terapii wprowadzony jako środek mający zastąpić jodoform, dzięki swym własnościom znalazł w krótkim czasie rozległe zastósowanie prawie we wszystkich działach medycyny.

Na zlecenie prof. Dra Madurowicza postanowiliśmy przekonać się o zachwalonem działaniu dermatolu i na podstawie własnego doświadczenia wskazać przypadki, w których dermatol dałby się z korzyścią zastósować w ginekologii i położnictwie i czy mógłby zastąpić przeważnie dotychczas tu używany jodoform. W tym celu stósowaliśmy dermatol wszędzie tam, gdzieby było wskazanem użycie jodoformu a wyniki, jakie otrzymaliśmy z tego leczenia, będę się starał w krótkości przedstawić poniżej.

Do doświadczeń używaliśmy dermatolu z fabryki pod firmą „Meister Lucius et Brüning in Höchst am Main“ i gazy dermatolowej wyrobu p. Siedleckiego, aptekarza z Krakowa, stósując bądź to sam dermatol, bądź też dermatol wraz z gazą dermatolową.

Nim jednak przystąpię do właściwego sprawozdania, muszę tu pokrótce wspomnieć o własnościach chemicznych dermatolu, gdyż znając je i działanie jego łatwiej wytłómaczyć sobie będzie można.

Pod względem chemicznym jest to sól zasadowa kwasu dębiankowego z bismutem. Ma postać proszku żółtego o wejrzeniu bardzo podobnem do jodoformu, bez smaku i zapachu, w zwykłych płynach (jak woda, oleje, alkohol etc.) nie rozpuszcza się; pod wpływem światła nie ulega żadnej zmianie; w wysokiej ciepłocie nabiera zabarwienia szarawo-brunatnego.

Działanie antyseptyczne dermatolu ma być nieznaczne, jakkolwiek doświadczenia Bluhma w tej mierze wykazały, że rozwój wielu mikroorganizmów pod wpływem dermatolu zostaje powstrzymany a kokki ropne (*staphylococci* i *streptococci*) ulegają nawet zniszczeniu. Stone utrzymuje, że dermatol tamuje rozwój mikroorganizmów przez wysuszanie tła odżywczego a z drugiej strony, że podobnie, jak jodoform, łączy się z produktami przemiany materyi, ptomainami, które przez to stają się nieszkodliwymi. Działanie jego wysuszające, zmniejszające ilość wydzieliny i ochraniające, nie da się żadnym innym środkiem zastąpić i przez te swoje zalety w niektórych przypadkach przynosi wielkie korzyści; brak wszelkiej woni, własności drażniących i trujących w zastósowaniu go nawet w wielkiej ilości nadaje mu wyższość nad jodoformem, któremu nie dorównywa tylko pod względem własności odwaniającej. Działanie krew tamujące przypisywane dermatolowi jest tak nieznaczne, że nie może wchodzić w rachubę.

W ginekologii z korzyścią daje się dermatol zastósować przeważnie po zabiegach operacyjnych na części pochwowej, pochwie, międzykroczu i jamie brzusznej. Po operacyach palliatywnych raka części pochwowej, polegających na wyskrobaniu lub wycięciu części nowotworowych i przypaleniu termokauterem Pacquelina, dermotol działa pomyślnie, sprawiając szybkie oddzielanie się strupów przyspiesza wytwarzanie się granulacyi i następowe zabliźnianie się; ilość wydzieliny przy tem znacznie ogranicza. Na owrzodzenia rakowe wprost użyty nie wywiera żadnego wpływu.

Wogóle wszędzie tam, gdzie do zniszczenia tkanin użyto termokauteru, gdzie w zwykłych warunkach oddzielanie się strupów odbywa się powoli a gojenie trwa nieraz czas dłuższy, dermatol okazał się bardzo korzystnym środkiem skracającym znacznie czas gojenia się.

Stósowaliśmy go w wyżej wspomnianym celu po operacyach raka części pochwowej, po wycięciu i wypaleniu raka łechtaczki i po zniszczeniu termokauterem erozyj brodawkowych około brzegów ujścia zewnętrznego macicy się znajdujących; we wszystkich tych przypadkach działanie dermatolu było bardzo wybitne.

Na gojenie się erozyj płaskich w przebiegu *endometritis* występujących wywiera tylko wyływ nieznaczny.

W pochwie użyty po rozmaitych zabiegach operacyjnych jak *kolporrhaphia,* operacyach przetok pęcherzowo-pochwowych i zwężeń pochwy przez swe działanie osuszające i ochraniające przyczynia się do szybkiego doraźnego gojenia się.

Sądząc z jego własności wyżej wspomnianych możnaby przypuścić, że jako środek wspomagający leczenie ostrego zapalenia pochwy, stósowany w tamponach mógłby oddać dobre usługi; w tym względzie jednak nie mogliśmy go jeszcze wypróbować z powodu braku odpowiednich przypadków. Asch wprawdzie podaje, że w tych wypadkach wpływ dermatolu jest nieznaczny, ale to przypisać należy prawdopodobnie temu, że on używał tylko gazy dermatolowej, w której ilość dermatolu nie wystarcza do działania skutecznego. Co się tyczy operacyj plastycznych na międzykroczu (*perineorrhaphia),* na których pomyślny rezultat ma wywierać dermatol wpływ bardzo korzystny, nie możemy nic stanowczego wypowiedzieć, gdyż stósowaliśmy go w dwu przypadkach i w obu z przyczyn prawdopodobnie od dermatolu nie zależnych nie nastąpiło zgojenie się przez rychłozrost.

Zastósowany na zeszytą ranę brzuszną po laparotomii dostaje się we wszelkie szczeliny i otworki szwów, chroniąc dokładnie od zakażenia tak, że przewyższa w tym razie dawniej zawsze używany jodoform.

W położnictwie oddaje dermatol również nie mniej dobre usługi zastósowany na otarcia, tak często się wytwarzające zwłaszcza u pierwiastek przy wytaczaniu się główki, w dolnej części pochwy, w okolicy przedsionka, na wargach mniejszych jak również na pęknięcia wędzidełka.

Obrażenia te powyżej wspomniane, będące nie rzadko punktem wyjścia dla wrzodów połogowych, jako też bramą, którą mikroorganizmy chorobotwórcze dostają się nieraz za pośrednictwem naczyń do tkanki okołomacicznej, wzniecając w niej sprawę zapalną, pod wpływem dermatolu, nie tylko że szybciej się goją, bo w przeciągu 3—5 dni, ale dermatol zabezpiecza je poniekąd od zakażenia; posypany bowiem na otarcia i pęknięcia błony śluzowej części wyżej wspomnianych a więc na miejsca pozbawione przybłonka, tworzy warstwę mocno do podstawy przylegającą, niejako strup ochronny, po którym odchody połogowe mogą bezkarnie spływać. Dopiero w miarę, jak miejsca te zaczną się pokrywać przybłonkiem, dermatol odpada a części te wyróżniają się od otoczenia nieco bledszą barwą.

W tym celu ochronnym stósujemy obecnie w klinice dermatol u wszystkich położnic, u których podczas porodu wytworzą się otarcia, a wyniki są bardzo zadawalniające i dlatego zaleciłbym go zawsze w tych razach do użycia, zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie utrzymanie czystości nieraz nie jest tak łatwe, jak w zakładach, gdzie więc łatwiej może nastąpić zakażenie.

Zastósowany na już wytworzone wrzody połogowe przyspiesza ich oczyszczanie się i gojenie.

Po zeszyciu pękniętego międzykrocza podczas porodu dermatol również przyspiesza zrośnięcie się brzegów rany chroniąc od spływających odchodów.

W końcu muszę tu jeszcze nadmienić, że w kilku przypadkach wrzodów pępkowych tworzących się przez nieprawidłowe zasychanie i odpadanie pępowiny okazał się dermatol bardzo skutecznym a dwukrotne jego zastósowanie sprowadziło szybkie zabliźnienie się pępka. Kol. Rosner badał także w kilkunastu przypadkach zachowanie się resztek pępowinowych u noworodków pod wpływem dermatolu, i przekonał się, że dermatol sprowadza szybkie i bardzo dokładne ich wyschnięcie a po odpadnięciu pępowiny, które następuje między czwartym a ósmym dniem, pozostaje mniejsza powierzchnia granulacyjna niż zwykle i zabliźnienie bez wszelkich komplikacyj następuje rychło. Jakkolwiek liczba obserwowanych przypadków nie wystarcza do wypowiedzenia stanowczego zdania, to w każdym razie nie można dermatolowi odmówić dodatniego działania w tej mierze, które można sobie wytłomaczyć dosyć mocnem działaniem higroskopijnym dermatolu, który zabierając wodę wysusza pępowinę i odbiera bakteryom potrzebną do ich rozwoju wilgoć.

Gazy dermatolowej używaliśmy z pożytkiem bądź to w miejsce gazy jodoformowej lub w przypadkach, gdzie w skutek pojawienia się objawów otrucia jodoformem, gazy jodoformowej nie można było stósować.

Co się tyczy stósowania dermatolu, to aby działanie jego było pewne, musi być przedewszystkiem przysypany w warstwie grubej na miejsce potrzebne, które wprzód musi być dokładnie osuszone; w przeciwnym bowiem razie, nie będzie ściśle przylegał do podstawy a u położnic zostanie całkowicie spłukanym przez ściekające odchody połogowe.

Najlepiej rozpylać go za pomocą pędzelka lub na miejsce trudniej dostępne jak n. p. na części pochwowe, przez dokładne umaczanie gazy dermatolowej w proszku dermatolu i wsunięcie jej w miejsce przeznaczenia.

Obok czystego dermatolu stósowałem także mięszaninę złożoną 80% dermatolu, 10% jodoformu i 10% kwasu borowego. Dodatek ten nie zmieniając własności dodatnich dermatolu a podnosząc jego działanie przeciwgnilne okazał się bardzo dobrym a strup ochronny tworzący się z tej mięszaniny ścislej jeszcze przylega, aniżeli z czystego dermatolu.

II. Z zakładu chemii lekarskiej prof. Stopczańskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem.

Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w styczniu 1892 roku.

Podał

Dr. Jan Opieński,

b. asystent katedry chemii lek. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

II.

Czy w warunkach fizyologicznych i w jakich przypadkach chorobowych znajdują się w moczu kwasy żółciowe?

W tym względzie, czy kwasy żółciowe znachodzą się w moczu w warunkach fizyologicznych, istnieją różnice w wy-

nikach badaczy. Podczas gdy Draggendorf[1]), Höhne[2]) i Vogel twierdzą, iż kwasy żółciowe są prawidłowym składnikiem moczu a Lehman znalazł nawet w moczu kwas taurocholowy, to inni, jak Hoppe-Seyler, Kühne i Neukomm, przeczą temu twierdzeniu. Kwestyi tej ściśle nie można rozwiązać, jak wogóle tego rodzaju spraw, jeśli nie uwzględni się ilości badanego przedmiotu. Zaprzeczyć nie można, że w 100 litrach moczu, których użył Draggendorf i Vogel do badania, można było wykazać kwasy żółciowe w moczu, lecz biorąc ilości mniejsze, stanowczo godzimy się ze zdaniem tych autorów, którzy twierdzą, iż w moczu fizyologicznym kwasów żółciowych niema lub ich ślady zaledwie dostrzedz się dające można wykryć.

Z pomiędzy 6-ciu w tym względzie badań wyjmuję następujące:

1) Mocz kol. L. w ilości 500 cm. sz. bez białka, barwy winowo-żółtej, oddziaływania kwaśnego, z urochromem w ilości prawidłowej. Osad otrzymany za pomocą eteru w wyciągu wyskokowym po rozpuszczeniu w wodzie, badano próbą Pettenkofera z wynikiem ujemnym; takiż sam rezultat dała próba Neukomma, przyczem otrzymałem zbrunatnienie bez wyraźnego fiołkowo-czerwonego zabarwienia.

2) Mocz własny, w ilości 1000 cm. sz., o składnikach prawidłowych, dał w strącie ołowiowym wynik ujemny, tak w próbie Pettenkofera jak i Neukomma.

3) Mocz A. S., w ilości 1000 cm. sz., o składnikach prawidłowych, zwiększonej tylko nieco ilości urochromu i mocznika, wykazał za dodaniem eteru do wyciągu wyskokowego, kryształki z igiełek złożone, odpowiadające mocznikowi; próby jednak, dowodzące obecności kwasów żółciowych, dały wynik ujemny.

W dwóch innych przypadkach mocz z ustroju fizyologicznego kwasów żółciowych również nie zawierał.

Dla skontrolowania samej metody badania dodawałem do moczu fizyologicznego kwasów żółciowych.

Do 500 cm. sz. moczu fizyologicznego dodałem glikocholanu sodowego taką ilość, iż mocz zawierał 0·8 mlgr. %. Wynik badania był ujemny.

Do 500 cm. sz. moczu dodałem glikocholanu sodowego tyle, iż zawierał 1·6 mlgr. %. Próba Pettenkofera dała wypadek wątpliwy; próba Neukomma wyraźnie dodatni.

Mocz, w którym było 3·2 mlgr. %, dał za użyciem obu prób rezultat wyraźnie dodatni.

Metoda więc ta pozwala nam udowodnić w moczu z wszelką ścisłością 1·5 mlgr. % kwasów żółciowych. W razie mniejszych ilości wynik staje się niekiedy wątpliwym lub jest wprost ujemny, co należy więc uwzględnić w rozstrzygnięciu, czy w moczu znajdują się kwasy żółciowe, skoro granica czułości metody znajduje się dopiero przy 1·5 mlgr %.

Wyniki mych poszukiwań moczów patologicznych są następujące: Badań w tej mierze uskuteczniłem 31; odnoszą się one do chorób wątroby i żołądka, w szczególności obejmują przypadki marskości wątroby *(cirrhosis hepatis)*, raka żołądka i wątroby, żółtaczki, już to w przebiegu kamicy żółciowej, już to nieżytu żołądko-dwunastnicowego, już też w przebiegu innych spraw patologicznych, jak wady zastawkowe serca, bielica (*leukaemia*) i t. d. Moczu wziętego do badania było od 300 do 1000 cm. sz.; 2 razy nadto badałem treść surowiczą z jamy brzusznej.

1. *Carcinoma ventriculi et hepatis.* Mocz barwy winowo-żółtej, wysycony, bez barwików żółci; ilość do badania 500 cm. sz.
   Próba Pettenkofera (P. Ptkf.) wątpliwa (płyn brunatno zabarwiony ze słabym odcieniem fiołkowo-różowym).
   Próba Neukomma (P. Nkm.) mocne zbrunatnienie, obok tego naokoło brudno-różowo-fiołkowe zabarwienie.
2. Ten sam przypadek (po wystąpieniu żółtaczki). Mocz pomarańczowo-żółty ze śladami barwików żółci; białka ślad bardzo mały (0·007%), w osadzie moczany.
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. ujemna.
3. *Cirrhosis hepatis hypertrophica.* Barwa pomarańczowo-żółta; urochrom w prawidłowej ilości. Białka ślad po dłuższem odstaniu spostrzegalny (0·004%).
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. wątpliwie dodatnia.
4. *Abscessus hepatis.* Barwa winowo-żółta, bez barwików żółci.
   P. Ptkf. wątpliwa (brudno-różowo-brunatne zabarwienie).
   P. Nkm. wątpliwa (zbrunatnienie mocne obok brudno-różowego zabarwienia).
5. *Abscessus hepatis.* Barwika żółci ślad.
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. ujemna.
6. *Cholelithialis.* Barwa pomarań.-żółta od barwików żółci w znacznej ilości. Ilość moczu wzięta do badania 300 cm. sz.
   P. Ptkf. wątpliwa.
   „ Nkm. dodatnia słabo (zbrunatnienie, przyczem u góry słabo różowo-fiołkowe zabarwienie).
7. *Cirrhosis hepatis atrophica.* Bez barwików żółci; ilość 400 cm. sz.
   P. Ptkf. słabo dodatnia (jasno-brunatne zabarwienie z odcieniem różowo fiołkowym).
   P. Nkm. dodatnia.
8. M. D. *Cirrhosis hepatis hypertrophica. Tumor lienis.* Barwa pomar.-cisawa; barwiki żółci w dość znacznej ilości; urochrom w znacznie zwiększonej; indykan zwiększony.
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. wątpliwa.
9. F. J. *Carcinoma hepatis c. ictero.* Barwa winowo-żółta, urochr. prawidłowy, ind. zwiększony dość znacznie; Białka ślad, po dłuższem odstaniu zaledwie spostrzegalny (0·004%). Barwiki żółci w śladach. Il. moczu 400 cm. sz.
   P. Ptkf. wątpliwa (bardzo słabe różowo brunatne zabarwienie, za wstrząsaniem słaby odcień fiołkowy).
   P. Nkm. wątpliwa (obok zbrunatnienia słabe brudno-różowe zabarwienie z odcieniem fiołkowym).
10. C. K. *Cholelithiasis. Peri- et endocarditis.* Barwa pomarańczowo-cisawo-żółta. Białka dość znaczna ilość (0·08%). Urochromu zwiększona bardzo znacznie. Barwiki żółci w dość znacznej ilości. Il. moczu 800 cm. sz.
    P. Ptkf. ujemna (brudno-brunatne zabarwienie bez tła wyraźnie fiołkowo-różowego).
    P. Nkm. dodatnia (wybitnie fiołkowo-różowe zabarwienie).
11. Ten sam przypadek w kilka dni później. Barwiki żółci w śladach ledwie spostrzegalnych. Il. moczu 400 cm. sz.
    P. Ptkf. ujemna.
    „ Nkm. dodatnia.
12. A. N. *Cholelithiasis. Tumor lienis malaricus. Bronchitis capillaris. Emphysema pulmonum.* Urochrom zwiększo-

[1]) Zeitschr. f. anat. Chemie. Bd. XI. str. 467.
[2]) Ueber die Anwesenheit d. Gallensäuren im physiol. Harn. Dissert. Dorpat. 1873.

ny, białka mała ilość (0·04%). Barwiki żółci w dość znacznej ilości. Il. moczu 330 cm. sz.
P. Ptkf. dodatnia słabo.
„ Nkm. dodatnia.

13. A. G. *Cirrhosis hepatis (hypertrophica). Ascites.* Urochrom zwiększony znacznie, białka dość znaczna ilość. Barwiki żółci w znacznej ilości. Il. moczu 800 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. wątpliwa (brunatno-różowe zabarwienie bez wyraźnego tła fiołkowego).

14. N. N. *Insufficientia et stenosis valv. bicuspidal. in stadio incompensationis.* Barwa cisawo-winowo-żółta. — Białka ślad mały (0·006%). Urochrom zwiększony nader mocno. Barwików żółci niema. Il. moczu 770 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

15. J. L. *Cachexia malarica.* Urochrom nieco zwiększony. Barwików żółci niema. Il. moczu 800 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

16. J. M. *Gonitis serosa in indiv. c. neoplasm. hepatis et emphysem. plmn.* Barwa cisawo-winowo żółta. Białka b. mała ilość (0·009%). Urochrom prawidłowy. Barwików żółci niema. Il. moczu 600 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

17. J. M. *Insuff. et stenosis valv. mitralis in stadio incompensationis.* Barwy cisawo-winowo-żółtej, białka ślad ledwo spostrzegalny. Urochrom prawidłowy. Barwików żółci ślad zaledwie spostrzegalny. Il. moczu 800 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

18. W. F. *Cirrhosis hepatis atrophica in indiv. c. cholelithiasi et exsudat. pleur. dextro.* Urochrom zwiększony znacznie. Barwików żółci niema. Il. moczu 500 cm. sz.
P. Ptkf. wątpliwa.
„ Nkm. dodatnia słabo.

19. J. T. *Cirrhosis hepatis in stadio hypertrophiae.* Urochrom zwiększony. Barwików żółci niema. Ilość moczu 343 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

20. M. D. *Icterus catarrhalis et cholelithiasis.* Urochrom zwiększony znacznie. Barwiki żółci w znacznej ilości. Ilość moczu 500 cm. sz.
P. Ptkf. dodatnia.
„ Nkm. bardzo wybitnie dodatnia.

21. Z. Z. *Cirrhosis hepatis atrophica.* Barwa cisawo-winowo-żółta. Urochrom prawidłowy. Barwików żółci niema. Ilość moczu 650 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. dodatnia słabo.

22. M. O. *Pyaemia c. ictero minor. gradus.* Białka ślad b. mały. Barwików żółci niema. Il. moczu 400 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

23. J. R. *Leukaemia lienalis c. ictero.* Barwiki żółci w śladach. Ilość moczu 600 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

24. Ten sam przypadek. w kilka dni później. Barwików żółci niema. Il. moczu 600 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

25. W. D. *Carcinoma hepatis.* Białka znaczna ilość (0·5%). Urochrom nieco zwiększony. Barwików żółci niema. Ilość moczu 400 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

26. A. B. *Carcinoma ventriculi et hepatis.* Barwa pomarańczowo-winowo żółta. Urochrom prawidłowy. Białka bardzo mała ilość (0·009%). Barwików żółci niema. Ilość moczu 700 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. dodatnia słabo.

27. K. K. *Cholelithiasis.* Barwa pomarańczowo-żółta. Urochrom zwiększony. Barwiki żółci w śladach bardzo wybitnych. Ilość moczu 540 cm. sz.
P. Ptkf. dodatnia słabo.
„ Nkm. dodatnia słabo.

28. J. G. *Carcinoma hepatis.* Barwa cisawo-żółta, białka dość znaczna ilość (0·05%). Urochrom nieco zwiększony. Barwików żółci niema. Ilość moczu 700 cm. sz.
P. Ptkf. wątpliwa.
„ Nkm. dodatnia słabo.

29. H. S. *Carcinoma hepatis et peritonei.* Urochrom zwiększony, barwa pomarańczowo-winowo-żółta. Białka ślad b. mały (0·005%). Barwiki żółci w znacznych ilościach. Ilość moczu 450 cm. sz.
P. Ptkf. wątpliwa.
„ Nkm. nieco dodatnia.

30. Płyn surowiczy z jamy brzusznej (p. Nr. 18). Po oddzieleniu białka, w 300 ctm. sz. płynu, rezultat badania (obiema próbami) ujemny.

31. Płyn surowiczy z jamy brzusznej (p. Nr. 29). Po oddzieleniu białka, w 400 cm. sz. płynu, rezultat badania (obiema próbami) ujemny.

Grupując rezultaty z powyższych badań (opierając się na wyniku próby Neukomma), otrzymujemy następujące zestawienie:

Wszystkich badanych przypadków moczów
patologicznych jest 29
cieczy surowiczych 2

(C. d. n.) Razem 31.

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

W dalszych swych badaniach nad pasorzytniczemi sporozoami w rakach zajmuje się S a w c z e n k o [1]) wykazaniem związku gienetycznego pomiędzy rozmaitemi a nader licznemi postaciami pierwotniaków, znalezionych w jednym przypadku raka wargi dolnej. We wszystkich prawie ogniskach tego nowotworu występowała wyraźnie *vacuolisatio* komórek rakowych; wakuole te miały różne wymiary, wypełniając czasem całe wnętrze komórki. Niekiedy wakuole bywają zupełnie próżne, co pochodzi zdaniem autora ztąd że mieszczący się tam pasorzyt opuścił swe siedlisko, przenosząc się dalej w tkankę. Przedstawiwszy liczny szereg różnorodnych postaci zarodkowych, rozrzuconych pojedynczo lub po kilka w pierwoszczu komórek, kreśli autor obraz stopniowego tworzenia się z takich osobników s p o r o c y s t y. Pasorzyt wrzecionowaty, sierpowaty lub innego kształtu w pewnym okresie zwija się jakby w kulę i przechodząc w to stadyum traci stopniowo swe jądro i otacza się torebką. Powoli na obwodzie tej otoczki powstają maleńkie wypustki okrągłe, mocno załamujące światło, w których stopniowo wyodrębnia się coraz wyraźniej ciałko chromatynowe, stanowiące już właściwy nowy zarodek. Sprawa ta odbywa się nie równocześnie tak, iż równocześnie widzieć można twory w różnych okresach rozwoju, od maleńkiego punkcika błysz-

[1]) Dalsze badania nad pasorzytniczemi sporozoami w nowotworach rakowych. Wracz 1892, Nr. 17 i 18 (po rosyjsku).

czącego na obwodzie do zupełnie już wykształconego osobnika pasorzytniczego. W miarę postępu rozwoju zarodków otoczka ich wspólna staje się coraz bardziej przejrzystą, jakby roztapiała się, zużywając się prawdopodobnie na utworzenie otoczek dla nowych osobników tak, że w tym czasie, kiedy całe już ciało pasorzyta zastąpione zostało przez grupę nowych zarodków, znikają też ślady pierwotnej otoczki. — Wtedy dojrzałe już twory posuwają się w głąb pierwoszcza komórki lub też, porzuciwszy ją, przenikać mogą do wnętrza komórek sąsiednich. Wszakże tylko nieznaczna część ogólnej liczby zarodków ulega dalszemu rozwojowi, gdyż w przeciwnym razie wobec znacznej liczby sporocyst z tak licznemi zarodkami musiałoby powstać olbrzymie mnóstwo dojrzałych pasorzytów w komórkach raka, gdy w rzeczywistości występują one w ilości niewielkiej. Pasorzytów wewnątrz jąder (*karyophagi*) nie widział S a w c z e n k o ani razu; zarówno nie znalazł ich w komórkach raka, będących w okresach karyomitozy.

Co się tyczy zależności bujania nabłonków od tych pasorzytów, to różnorodność ich postaci bynajmniej nie świadczy przeciw takiej etyologii nowotworu; przeciwnie nawet, jeżeli zgodzimy się na taką etyologią raka, to *a priori* przypuszczać będziemy zmuszeni istnienie rozmaitych gatunków *sporozoa* w tak różniących się między sobą postaciach guzów rakowych.

Na 95 badanych przypadków raka we wszystkich bez wyjątku spostrzegał S u d a k i e w i c z [1]) twory wewnątrz komórek nabłonkowych guza, będące pasorzytami z grupy *sporozoa*. Obecność pasorzytów sprawiała z jednej strony przerost komórki ze zmianami w jej pierwoszczu, z drugiej szereg przemian w jądrze, częstokroć nawet pod względem karyomitozy. Pomijając szczegółowy opis rozmaitych postaci tych tworów śródkomórkowych, zaznaczymy, że kształt ich przeważnie był kulisty, rzadziej nieco wydłużony o różnorodnej treści wewnętrznej ciał chromatynowych. Do szczególnych postaci, opisanych przez Sudakiewicza, należą twory o jednej lub dwóch otoczkach, posiadające na obwodzie liczne wypustki promieniste, jednostajnie cienkie lub o główkowatych zgrubieniach; wypustki te niekiedy były tak długie w stosunku do samego pasorzyta, że przypominały bardzo nóżki wrzekome niektórych pierwotniaków (*pseudopodia*). Wreszcie w niektórych z nich można było widzieć zjawiska odmiennego barwienia się (*metachromasia*) hematoksyliną, od której przybierały barwę czysto fiołkową. Zwróciwszy uwagę na to zjawisko, zaczął badać autor stósunek tych tworów do różnych innych barwików i otrzymał analogiczne wyniki przy następującem postępowaniu [2]). Jeżeli skrawki preparatów raka, utrwalonych w kwasie osmowym i płynie Müllera, zabarwić roztworem *hematoksyliny* Ranviera, to otrzymują one ogólne zabarwienie szare, na tle którego występują jądra komórek tkanki łącznej, leukocytów i komórek rakowych o barwie brudnej ciemnofiołkowej, podczas gdy *sporozoa* wykazują zjawisko metachromatyczne, przybierają zabarwienie czysto-fiołkowe, zupełnie, jak gdyby od barwików fiołkowych anilinowych. Drugie zjawisko tego rodzaju daje *safranina*: tło ogólne barwionych nią skrawków (utrwalenie w płynie Flemminga) blado-bure, na niem występują wyraźnie czerwone jądra komórek rakowych, *sporozoa* zaś barwiły się dwojako: twory amebowate przybierają odcień szaro-żółty, wszystkie zaś inne, posiadające otoczkę, fiołkowy, nieco brudnawy. Wreszcie trzecim barwikiem, analogicznie zachowującym się jest b ł ę k i t m e t y l e n o w y, barwiący w roztworze stężonym w wodzie anilinowej wszystkie pierwociny tkankowe na kolor zielonawy (*olive*), podczas gdy pierwotniaki — na czysto niebieski. Nie we wszystkich jednak przypadkach każdy z tych sposobów barwienia daje wyniki dodatnie; niekiedy jeden tylko może być zastósowany

[1]) Recherches sur le parasitisme intracellulaire des néoplasies cancéreuses. (Annales de l'institut Pasteur 1892, Mars).

[2]) O zjawiskach metachromazyi w sporozoach pasorzytniczych wewnątrz komórek rakowych (po rosyjsku) Wracz 1892. Nr. 25.

a nawet zdarzało się, że autor za pomocą żadnego z nich nie mógł otrzymać odpowiedniego zabarwienia.

W późniejszej swej pracy [1]) przedstawiwszy szereg nowych szczegółów morfologicznych, tyczących się spostrzeganych tworów pasorzytniczych śródkomórkowych omawia S u d a k i e w i c z stósunek, zachodzący pomiędzy niemi a samemi komórkami raka. Obecność pierwotniaków nie jest obojętną dla komórek nowotworu i może sprawiać w nich zmiany w dwóch kierunkach, wytwórczym i wstecznym. Co do pierwszego, to bardzo często komórka, zawierająca pasorzyt, jest w stanie znacznego przerostu, jądro jej bywa też powiększone, niekiedy w okresach karyomitozy. Jeżeli nie można jeszcze wykazać bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy obydwoma zjawiskami, to w każdym razie dowodzą one, że obecność pasorzyta w komórce rakowej nie przeszkadza ani jej rozrostowi, ani sprawie podziału. Zmiany wsteczne stanowią zazwyczaj następstwo ucisku ze strony pasorzyta, sprawiającego stopniowy zanik części składowych komórki: jądro odsuwane i uciskane przez rosnące *sporozoon* spłaszcza się coraz bardziej, aż wreszcie przemienia się w cienką blaszkę, przylegającą ściśle do otoczki pierwotniaka. Podobnie dzieje się z pierwoszczem komórki, które ostatecznie ulega zniszczeniu i uwolniony pasorzyt lub jego zarodniki (spory) przenoszą się do sąsiednich komórek.

Oprócz tego sposobu pozakomórkowego rozszerzania się zakażenia pasorzytniczego istnieje drugi śródkomórkowy ważniejszy i częstszy. Bywa on w komórkach nowotworowych, zawierających kilka pasorzytów i jądro w okresie karyokinezy: po podziale każda z młodych komórek zawiera w sobie jeden lub więcej pasorzytów.

Wszystkie te zmiany produkcyjne w komórkach rakowych skłaniają autora do przyjęcia z w i ą z k u p r z y c z y n o w e g o pomiędzy obecnością pierwotniaków a tą nadmierną czynnością (*suractivité*) komórek nabłonkowych. Pierwociny nabłonkowe zakażone przez *sporozoa* wpadają w czynność nadmierną (przerost, mnożenie się) i wciągają stopniowo w sprawę komórki otaczające, niszcząc równocześnie inne tkanki, nawet najbardziej oporne, jak kości, chrząstki, tkankę włóknistą. Doszedłszy do naczyń, komórki te mogą być porwane prądem limfy lub krwi i przeniesione w inne miejsce ustroju, gdzie znów podobne sprawiają zmiany. Komórki rakowe w przerzutach zachowują ten sam typ i zawierają takie same postacie pasorzytnicze, co i ognisko pierwotne.

B u r c h a r d t [2]) w przypadku raka śluzowego w jajniku znalazł wewnątrz komórek nowotworu oprócz opisanych postaci pasorzytniczych twory, bardzo rzadko dotychczas spostrzegane, które zdaniem jego ostatecznie przemawiają za pasorzytniczem ich pochodzeniem; są to mianowicie torbiele zarodnikowe trwałe (*Dauersporencyste*). Są to twory o budowie nader złożonej, mieszczące się zawsze w pierwoszczu komórki, nigdy zaś w jądrze; składają się one z okrągłej torbieli grubościennej, zawierającej wewnątrz jeden (nigdy więcej) jajowaty zarodnik (*Spore*), w którym znajduje się gruby pęcherzyk z właściwemi dopiero zarodkami (*Keime*), zazwyczaj okrągłemi, w liczbie 5 lub więcej. Wielkość zarodków wynosi 1—1$^1/_2$ μ (mikron), gdy średnica torbieli zewnętrznej dochodzi do 16 μ. Komórki rakowe, zawierające te torbiele ulegają zazwyczaj znacznemu przerostowi; jądro zwykle bywa uciśnione, jakkolwiek jednocześnie może być powiększone a nawet wejść w okres podziału. Jednakże obecność równoczesna figur karyomitotycznych i torbieli pasorzytów tak jest rzadka, że zależności jakiejś między niemi upatrywać nie można, Pomimo to za istnieniem wpływu obecności pasorzytów na bujanie komórek nowotworu przemawiają takie obrazy często spotykane, gdzie grupa cyst pasorzytniczych otoczona jest ogniskiem młodych komórek; z drugiej zaś strony nigdy prawie znaleść ich nie można wewnątrz lub w sąsiedztwie komórek ześlużowaciałych, na

[1]) Parasitisme intracellulaire des néoplasies cancéreuses. Annales de l'inst. Pasteur. 1892. Aoat.

[2]) Ueber ein Coccidium im Schleimkrebs des Menschen und seine Dauersporencyste. Archiv Virch. T. 131. Z. 1.

rozwój więc tego zwyrodnienia twory te wpływu nie mają. Oprócz opisanych postaci *sporozoa* spostrzegał autor wewnątrz komórek raka twory komórkowe, bez otoczki z jądrem wyraźnie barwiącem się; są to rzeczywiste leukocyty, które jednakże należy i można bez wielkich trudności odróżnić od pasorzytów, *sporozoa*. (C. d. n.)

Choroby nerwowe.

B. Holz: **Obraz laryngoskopijny w przebiegu nerwic urazowych.**

Pod tym tytułem zamieszcza H. odpowiedź na pracę Burgera z Amsterdamu tak samo zatytułowaną a pomieszczoną w *Berl. klin. Wochenschr.* Rozchodzi się tu o dwa przypadki nerwicy urazowej z równoczesnemi zmianami w krtani, a dyskusyę wywołało twierdzenie Holza, że w przypadku nerwicy lub neuropsychozy po urazie, dostrzegane obustronne porażenie *m. m. posticorum*, wyklucza już symulacyę z całą pewnością. Przeciwnik wystąpił z zarzutem, a podając rozpoznanie w wątpliwość, przypuszcza raczej w tym przypadku cierpienie ogniskowe, niż nerwicę urazową. H. jednak utrzymuje się przy rozpoznaniu, opierając się na zbiorze objawów spostrzeganych u tego chorego nieprzerwanie przez 2 lata i przytacza najgłówniejsze: Bóle w obydwu kończynach dolnych i w dolnych kręgach piersiowych, zawroty, objaw Romberga, ścieśnienie pola widzenia dla barw, znieczulenie całej lewej połowy ciała aż do linii środkowej i osłabienie ruchowe na ręce i nodze lewej, wzmożenie się odruchów kolanowych i t. p.

Dalszy zarzut opiera się na przytoczeniu z Oppenheima, że porażenie połowicze tem się znamionuje, jako czynnościowe, iż nerw twarzowy i językowy uprzednio nie był zajęty; tenże sam autor przypuszcza jednak wyjątki. W przypadku, o którym mowa, H. rozpoznawał porażenie *mm. adductores* i *cricoarytaenoidei postici*, a idąc za badaniami Semon-Horsleya, należałoby tu domyślać się dwu odrębnych ognisk chorobowych w ośrodkowym systemie nerwowym: jednego w mózgu, drugiego w rdzeniu przedłużonym. Jakiego rodzaju jest to cierpienie, autor nie rozstrzyga; przypuszcza tylko, że może to być albo zwyrodnienie miażdżycowe małych naczyń w mózgu, albo naczynio-ruchowe zboczenie krążenia; w każdym razie będzie to czynnościowe upośledzenie w substancyi mózgowej, jak to bywa w histeryi.

Autor długim szeregiem wniosków usiłuje zbić przypuszczenia Burgera a na zakończenie podaje wiadomość, że u wspomnianego chorego porażenie *mm. adductores* zupełnie ustąpiło; więzadła podczas fonacyi zamykają się mocno, głos chorego jest czysty a ogólnie wystąpiło wybitne polepszenie. Zboczenia w krtani podczas oddychania pozostały tymczasem bez zmiany; autor przypuszczając jednak czynnościową ich przyrodę, sądzi, że i one wkrótce ustąpią. Polemiczny ten artykuł kończy H. stanowczem twierdzeniem, że podobny obraz wśród nerwicy urazowej, bezwarunkowo wyklucza symulacyę. *(Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11, 1893)*.

Dr. Radecki.

Schultze: **Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych.**

S. wypowiedział następujące zapatrywanie się swoje oparte na doświadczeniu, co do tak zwanych nerwic urazowych, na 16. zjeździe południowo-zachodnich niemieckich neurologów i psychiatrów:

Nerwice urazowe nie przedstawiają jednolitego obrazu chorobowego; to też badanie jednorazowe nie wystarcza do rozpoznania i ocenienia istotnego stanu, zwłaszcza, iż znaczna część ludzi, nerwicą tą dotkniętych stan swój przesadnie opisuje a pewna część nawet wprost zmyśla. Rokowanie wedle S. żadną miarą nie jest tak niepomyślne, jak wielu autorów sądzi, to też autor zaleca chorym raczej łagodną i niewysilającą pracę, niż zupełną bezczynność. *(Friedr. Bl. f. ger. Med. 1893, Z. 3).*

Leuch: **Kazuistyczne przyczynki do nauki o macinnictwie męskiem.**

L. podaje historye 18-tu przypadków męskiej histeryi przez siebie spostrzeganych, poczem dochodzi do następujących wniosków: Stósunek pojawiania się histeryi u mężczyzn i u kobiet przedstawia się jak 2 do 13. Dorośli mężczyźni cztery razy częściej chorobie tej ulegają, niż nieletni. Przyczyną choroby zdaje się być słaba więź i dziedziczne obciążenie, przyczynami więcej nagodnemi bywają: nadużycia *in Baccho*, przemoczenie, leżenie na słońcu, nadużywanie morfiny i wstrząs nerwowy.

Objawy choroby cechują się ustawiczną zmiennością, jak kurczami tężcowemi i drgawkowemi *(clonus)* , kontrakturami, bezmoczem, hallucynacyami, *globus*, jednostronnem podnoszeniem się ciepłoty, zboczeniami w sferze czucia i zmysłów, jak ścieśnieniem pola widzenia, wreszcie przyspieszeniem tętna i oddechu i wytworzeniem się histerogenicznych okolic ciała. (*Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.*)

Dr. Wachholz.

Terapia.

P. Guttmann: **O tolipirynie.**

Tolipiryna w działaniu równa antypirynie, różni się od niej składem chemicznym o tyle, że w miejsce H w grupie fenilowej $C_6 H_5$ wprowadzono jednowartościową grupę metylową CH_3. Bezbarwne kryształy o punkcie wrzenia 137°, smaku gorzkiego, rozpuszczają się w 100 częściach wody, łatwo w wyskoku, natomiast w eterze prawie nierozpuszczalne. W wodnym roczczynie za dodaniem chlorku żelazowego występuje wybitne czerwone zabarwienie a zielone po dodaniu kwasu azotowego.

Doświadczenia rozpoczął G. u królików a przekonawszy się, że gram wstrzyknięty podskórnie nie sprowadzał u nich zboczeń, poddał doświadczeniu osoby zdrowe, które zażywając dziennie po 5 grm. nie okazywały nawet śladu żadnego ubocznego działania leku. Tolipiryna podawana chorym gorączkującym, działała w ten sposób, że 4 grm. zażyte w dawkach gramowych w odstępach godzinnych, obniżały ciepłotę ciała średnio o 2° C. a niejednokrotnie nawet o 3° C. i więcej. Spadkowi temperatury towarzyszyły stale obfite poty. Liczba tętna szła w parze z wysokością ciepłoty. Nawet po dawce wygórowanej (8 grm. zażyto wskutek źle zrozumianej ordynacyi) nie spostrzegano działania ubocznego. Jako najodpowiedniejszą dawkę poleca G. 4 grm., t. j. po gramie w odstępach godzinnych.

Upewniwszy się, że tolipiryna jako środek obniżający ciepłotę, na równi stoi z antypiryną, zbadał G. własności jej przeciwgośćcowe i przeciwnerwobólowe. I tu 4 gramy na dzień w przebiegu ostrego gośćca stawowego przyniosły ulgę, zmniejszając bóle i obrzmienie; w cięższych przypadkach polepszenie nie było tak widoczne, jak to również zdarza się w leczeniu antypiryną lub przetworami salicylowymi. Stwierdzono wreszcie działanie kojące nowego środka; po 2—4 gr., a czasem już po użyciu grama ustępowały bóle głowy, gdzie antypiryna niejednokrotnie bywała bez skutku. W jednym przypadku rwy kulszowej, miały uwydatnić się kojące własności tolipiryny.

Tolipiryna przechodzi do moczu a po jego odparowaniu, odbarwieniu i przesączeniu, za dodaniem odczynników, o których wyżej wspomniano, wywołać można znamienne zabarwienia. (*Berl. klin. Woch. Nr. 11, 1893*).

Dr. Radecki.

Henry Huchard: **O leczeniu wielkiemi dawkami soli alkalicznych.**

Autor zbijając zapatrywania się Troussa, Huxhama i Magendiego o t. zw. *Cachexie alcaline* po nadużywaniu soli alkalicznych, przytacza zdania Pupiera, D. Fardala, de Laubiego i Chevreula, który w tej kwestyi wprost przeciwne zajęli stanowisko.

Pierwszy z nich, Pupier, doświadczeniami swoimi dowiódł, że sól kuchenna w większej ilości organizmowi doprowadzana, zwiększa ilość ciałek czerwonych krwi.

Chevreul zaś udowodnił, że alkalia sprzyjają utlenieniu, zmniejszają ilość kwasu moczowego, zwiększając natomiast ilość mocznika i żółci, która ułatwia antyseptykę jelit.

Autor zaś sam wykazuje, że nadmiar alkaliów wcale nie sprawia zaniku błony śluzowej żołądka, owszem przed nimi jej broni, usuwając katar kwaśny, który z czasem dopiero wywołuje zmiany zanikowe i rozstrzeń żołądka.

Duże dawki soli alkalicznych przedewszystkiem dwuwęglanu sodowego poleca on:

1) W nieżycie kwaśnym żołądka po 10—40 gr. dziennie, stósownie do mocy cierpienia.

2) W cukrówce poleca co najmniej po 10—15 gr., wykazując, że alkaliami jedynie zapobiedz można t. zw. *Coma diabeticum*, które polega na zatruciu krwi kwasem, t. j. acydemii. Nie ustalone są jeszcze teorye co do właściwej przyczyny zmniejszenia się alkaliczności krwi. Pewna jednak, że znakomite skutki alkaliami otrzymywał.

3) W tak zwanych *crises gastriques* w wiądzie pacierzowym po dawkach po 20—30 grm. dziennie otrzymywał zupełne zniknięcie napadów.

4) W wadach organicznych serca lewego i aorty radzi również stósować duże dawki dwuwęglanu sodowego, jeśli wadzie towarzyszą przypadłości żołądkowe. Wychodzi z tej zasady, że wady te wywołane zazwyczaj bywają przez reumatyzm stawowy, który równocześnie sprawia nadmierną kwasotę żołądka, że zatem te dwa cierpienia bardzo często ze sobą się schodzą i podtrzymują wzajemnie.

5) W pewnych cierpieniach skóry na tle dnawem.

6) W chorobach wątroby a zwłaszcza w kamicy żółciowej, w której duże dawki dwuwęglanu sodowego znacznie skracały i usuwały napad. (*Révue générale de clinique et de thérapeutique. 18. Janvier. 1893*). *Dr. Pelczar.*

Notatki terapeutyczne.

W przewlekłym gośćcu stawowym zaleca Dr. Whitla:

52) Rp. *Natrii jodati* 2·00
Natrii bicarbonici 4·00
Kali carbonici 7·50
Solutionis arsen. Fowleri 1·50
Aquae destil. q. s. ad solutionem.
MDS. Zamięszawszy przed każdem użyciem zażywać trzy razy dziennie po łyżce stołowej tuż przed jedzeniem.

Manche zaleca w raku żołądka resorcyn według formuły:

53) Rp. *Dcti condurango e 15·00 ad 180·00*
Ttrae rhei vinosae 5·00
Resorcini resublimati (Mercki) 2·00
Syr. cort. aurant. 20·00
MDS. Co 2 godziny po łyżce stołowej.

Tenże w chorobie morskiej resorcyn w formie:

54) Rp. *Resorcini resublimati* 0·1—0·15
Sacchari lactis 0·50
M. f. p. Dentur tales doses 30
DS. Co 2 godziny po proszku zażywać.
(*Nowy med. kalend. 1893. Lek. rozhlady. 2. 1893*).

IV. Wiadomości bieżące.

— W uznaniu skutecznego działania przeciw cholerze otrzymali od N. Pana protomedyk i radca namiestnictwa Dr. Józef Merunowicz order korony żelaznej 3. klasy a lekarz powiatowy czynny w namiestnictwie Dr. Antoni Krokiewicz krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

— Od niejakiego czasu utrzymują się w Krakowie dwie pogłoski: według jednej ma być zniesioną posada dyrektora szpitala św. Łazarza, według drugiej dyrektor ma na przyszłość nie mieszkać w szpitalu. Czy te pogłoski mają jaką rzeczywistą podstawę, nie wiemy, ale mając wyobrażenie i o wielkości i o znaczeniu szpitala św. Łazarza dla nauki, cierpiącej ludzkości, miasta i kraju nie moglibyśmy w żaden sposób zgodzić się ani na zniesienie posady dyrektora przerzeczonego zakładu ani na mieszkanie jego poza szpitalem. Z natury bowiem rzeczy wypada a przepisuje to nawet wcale dobra instrukcya służbowa, iż dyrektor szpitala ma bezpośredni zarząd szpitala w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarczych, z czego wypada, iż musi kierować wszystkiemi czynnościami personalu lekarskiego, administracyjnego i gospodarczego, wglądać w nie nieustannie, kontrolować je i decydować w sprawach, w których personal szpitalny nie może postępować samodzielnie. To wszystko wymaga koniecznie, by dyrekcya szpitala spoczywała w rękach osobnego lekarza, któryby obejmując swem okiem całość szpitala i doglądając każdej czynności z osobna, miał nieustannie na pieczy ten nieodzowny w szpitalu ład i harmonią między wszystkiemi częściami wielkiej instytucyi, bez których szpital nie może ani na chwilę spełniać skutecznie swego celu. Czynności też z tego zadania naczelnika szpitala wypływające są tak rozliczne, tylu wymagają wiadomości i osobnego doświadczenia z zakresu nie tylko nauk lekarskich, osobliwie higieny, ale i pewnych gałęzi techniki, administracyi, zwykłego gospodarstwa domowego, znajomości stosunków miejscowych i ludzi w szpitalu zatrudnionych, są tak wielorakie, niespodziewane, wymagają tak często niezwłocznej na miejscu decyzyi, iż niemi nie można w żaden sposób obarczać żadnego innego lekarza szpitalnego, a mianowicie lekarza ordynującego czyli prymaryusza; każdy bowiem inny lekarz w szpitalu pełni i pełnić musi z natury rzeczy i instrukcyi czynności właściwie lekarskie: t. j. bada i leczy chorych a na czynności administracyjne ma tylko tyle czasu, ile tego konieczna wymaga potrzeba, o ile tych czynności nielekarz załatwić nie może.

W dzisiejszej liczbie chorych każdy lekarz ordynujący ma tyle do roboty w swym oddziele, że w żaden sposób nie mógłby stale pełnić skutecznie obowiązków i dyrektora i lekarza ordynującego, tylko zaniedbywałby się koniecznie w jednych lub drugich lub w obydwóch, po prostu z fizycznej niemożności podołania jednym i drugim. Dodajmy do tego, iż żaden lekarz ordynujący nie może poprzestać na swej pensyi szpitalnej, bo by z niej w żaden sposób nie mógł wyżyć, tylko musi się jeszcze starać o praktykę prywatną poza godzinami ordynacyjnemi w szpitalu a łatwo przyjdzie się do przekonania, iż obowiązków lekarza ordynującego z obowiązkami dyrektora całkiem łączyć nie można. Wprawdzie kliniki uniwersyteckie jako całość nie mają także osobnego dyrektora, tylko obowiązki jego pełni kolejno jeden z profesorów klinicznych; nie można atoli zapomnieć, iż kliniki wszystkie razem wzięte nie mają ani połowy tej liczby chorych, jaka jest w szpitalu św. Łazarza, a zatem czynności mają też bez porównania mniej od szpitala, następnie inne jest zupełnie stanowisko lekarza ordynującego (prymaryusza) w szpitalu a inne całkiem profesora klinicznego. Profesor bowiem kliniczny jest i *de nomine* i *de facto* dyrektorem swej kliniki, przyjmuje i oddala chorych według swego uznania a leczy ich tak, jak mu nakazuje nauka i wzgląd na uczniów, gdy lekarz ordynujący w szpitalu nie ma wpływu na przyjmowanie chorych, sam wyłącznie w swym oddziale nie gospodaruje, narzędzi sobie potrzebnych nie kupuje a w leczeniu trzymać się musi osobnej normy szpitalnej. Dlatego dyrektor wspólny klinik ma bez porównania mniejsze zadanie, niż dyrektor szpitalny a mimo tego twierdzą znawcy kompetentni, iżby była w klinikach pożądaną reforma w tym względzie.

Według dzisiejszej instrukcyi dyrektor ma nadzór i nad administracyą i nad czynnościami lekarskiemi w szpitalu; przypuśćmy, iżby się czynności administracyjne oddało wyłącznie wyższemu urzędnikowi nie lekarzowi, to i tak pozostanie nadzór lekarski, czynność bardzo ważna, konieczna, której nie może sprawować nikt inny skutecznie, jak tylko lekarz rangą wyższy od innych, t. j. dyrektor.

Ze stanowiska przeto dobra szpitala, nie można zdaniem naszem myśleć o zniesieniu posady dyrektora.

Co się tyczy drugiej pogłoski, t. j. zniesienia mieszkania dyrektora w szpitalu, sądzimy że nie trzeba będzie długo dowodzić, iż, jeżeli dyrektor będzie, a być musi koniecznie, to będzie oczywiście na to, by urząd swój wypełniał skutecznie, prędko i energicznie. Jeżeli nikt nie wątpi o prawdziwości przysłowia, że pańskie oko konia tuczy, to tem mniej nie może być wątpliwości, że dyrektor koniecznie musi być ciągle w szpitalu t. j. musi w nim mieszkać. Nie tylko bowiem, że ludzie są ludźmi i będą się czyto w dzień czy w nocy opuszczać w spełnianiu swych tak ważnych obowiązków, gdy będą wiedzieć, iż dyrektora nie ma w szpitalu — przecież są pewne godziny dnia lub nocy, w których trudno spodziewać się dyrektora — ale w każdej chwili zdarzyć się może coś w szpitalu, co wymaga koniecznie natychmiast interwencyi dyrektora, że tu wymienimy tylko wątpliwości lekarza dyżurnego, czy chorego przyjąć do szpitala czy nie i do jakiego oddziału, dostawę żywności i leków, niespodziewane

zdarzenia w urządzeniach mechanicznych i sanitarnych szpitala, nieprawidłowości lub pomyłki w zapisywaniu leków, nagłe żądania lekarzy oddziałowych, wreszcie nagłe zdarzenia patologiczne w szpitalu, gdzie lekarz pomocniczy czyli sekundaryusz nieraz bardzo młody i niedoświadczony potrzebuje koniecznie pomocy lub rady choćby tylko w tym względzie, czy ma wezwać swego szefa oddziałowego. Tu i osobny telefon wprost ze szpitala do mieszkania dyrektora nie może zastąpić obecności jego na miejscu.

Dlatego nie wahamy się wyrzec, że dyrektor osobny jest koniecznie potrzebny dla szpitala św. Łazarza i że ten dyrektor powinien nieodzownie mieszkać w gmachu szpitalnym.

— W zbiorze Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej (serya II, zeszyt 18), wydawanych pod redakcyą prof. Dra Korczyńskiego, wyszła monografia kliniczna pod tytułem *zapalenie sympatyczne oka* przez Dra Fr. Sroczyńskiego, asystenta klin. okul. U. J. Sama treść rozprawki, układ jej i jasne przedstawienie rzeczy zachęcić winno niejednego z lekarzy do nabycia tej pracy młodego autora.

— Przyszłoroczny kongres internistów odbędzie się w Monachium pod przewodnictwem Prof. Quinckego z Kielu.

— Lekarze miasta Chicago w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej urządzili na czas wystawy do użytku kolegów dla jej zwiedzenia do Chicago przybywających biuro wywiadowcze, którego przewodniczącym jest Dr. Waszyngton Earle a sekretarzami koledzy rozmaitych narodowości. Wszelkie zapytania się należy adresować do przewodniczącego.

— Ze statystyki municypalności paryskiej wypada, że największą liczbę licencyj na używanie welocypedów po ulicach pobrali lekarze.

— Departament lekarski w Petersburgu zakazał obwijania żywności w stary papier zadrukowany i makulaturę z archiwów.

— Jeżeli można wierzyć obliczeniom, to liczba morfinistów w Paryżu zwiększa się wprost zastraszająco, bo od 40000 w roku 1883 doszła teraz do 100000.

— Kol. B. Olszewski wręczył 26 fl. w. a. prezesowi kol. Łazarskiemu do przesłania do Lwowa z przeznaczeniem na fundusz wdów i sierot po lekarzach a zebrane między lekarzami Szpitala św. Łazarza, zamiast wieńca na trumnę śp. kol. Zaremby.

— **Nekrologia**. Zmarli: we Lwowie Aleksander Litticzh, weterynarz krajowy, urodzony w Królestwie Polskiem, przeżywszy lat 50. Położył niemałe dla kraju zasługi na właściwem polu swej czynności. — W Żytomierzu w dniu 14. b. m. Dr. Edward Galli, nestor tamtejszych lekarzy, przeżywszy lat 78. Zmarły odbywał i ukończył swe studya lekarskie w akademii lekarskiej wileńskiej, gdzie w roku 1839 otrzymał stopień akademicki. W Żytomierzu praktykował przez lat przeszło 40, ciesząc się rozległą klientelą. Zostawił po sobie znaczną bibliotekę lekarską i cenny zbiór obrazów i minerałów. — W Wiedniu Dr. Jan Schnitzler, profesor tamecznego Wydziału lekarskiego i znany powszechnie laryngolog. — W Abbazyi Dr. Ludwik Markusowsky, wysłużony radca ministeryalny i przez wiele lat referent spraw lekarskich w węgierskiem ministerstwie oświaty, przeżywszy lat 78. Markusowsky założył dziennik lekarski węgierski *Orvosi Hetilap* i zasłużył się dobrze swej ojczyźnie przez podniesienie poziomu nauki lekarskiej uniwersyteckiej. — Pod Berlinem zmarł Dr. Robert Hartmann, honorowy profesor anatomii, znany ze swych prac antropologicznych i zoologicznych.

— **Sprostowanie**. W artykule prof. Pieniążka Nr. 17 Przegl. Lek. str. 217, szpalta I, w. 3 od góry zamiast: *raka śródsierdzia*, powinno być: *raka śródpiersia*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do niniejszego numeru dołącza się list Dra Głuchowskiego z Rabki.

KONKURS

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze farmakologii i farmakognozyi z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15. maja 1893.

Kraków dnia 2. maja 1893.

Dziekan Wydziału lekarskiego *Dr. Halban.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.